

Personalia:

Navn: _____

Post nummer: _____ Adresse: _____

Fødselsdato (dd/mm/åååå): ____ / ____ / ____

Telefon: _____ Epost: _____

Kryss av grunn til at du er her idag:

- Hodepine
 Nakkesmerte
 Prestasjons forbedring
 Balanse problemer
 Svimmelhet

- Hodeskade
 Ryggsmerte
 Nevrologisk vurdering
 Annet: _____

Hva er det viktigste vi kan gjøre for deg?

Forventninger:
Hva håper du å oppnå med behandlinger hos oss? Set kryss på % forbedring i smerte eller funksjon du synes gjør behandlingen verdt det:

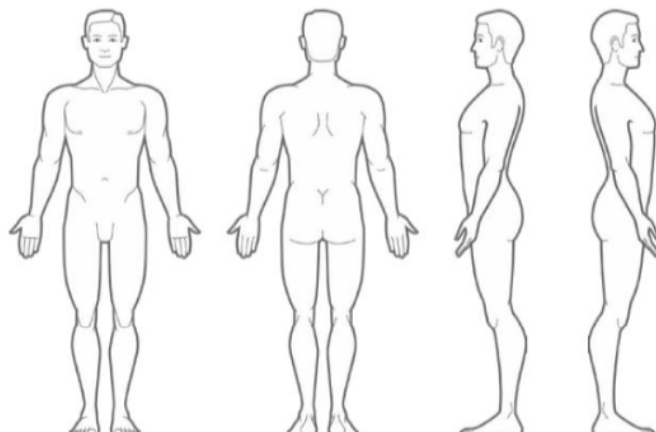
- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10% | <input type="checkbox"/> 30% | <input type="checkbox"/> 50% | <input type="checkbox"/> 70% | <input type="checkbox"/> 90% |
| <input type="checkbox"/> 20% | <input type="checkbox"/> 40% | <input type="checkbox"/> 60% | <input type="checkbox"/> 80% | <input type="checkbox"/> 100% |

Hva er dine 3 største bekymringer for din nåværende helse?

1. _____
2. _____
3. _____

Tegn in eventuelle symptomer du har på diagrammet:

- «//» Stikkende smerte
 «B» Brennende smerte
 «D» Diffus smerte
 «N» Nummenhet
 «V» Verkende smerte
 «St» Stivhet
 «Sv» Svakhet
 «K» Kramper
 «H» Hoven
 «Sk» Skjelving
 «P» Prikking



Skriv ned alle operasjoner du har hatt:

Prosedyre	Måned	År

Skriv ned medisiner og kosttilskudd du tar:

Medisin	Dose/frekvens

Har du hatt hodeskader eller hjernerystelse? List

Dato/år

Søvn:

Dårlig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Veldig bra

Har du eller har du hatt noen av følgende symptomer (sett kryss):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brystsmerter | <input type="checkbox"/> Ørhet | <input type="checkbox"/> Kjevesmerte |
| <input type="checkbox"/> Blek hud | <input type="checkbox"/> Hovenhet i venstre arm | <input type="checkbox"/> Økt svetting uten aktivitet |
| <input type="checkbox"/> Nakkesmerter | <input type="checkbox"/> «Blackout» | |
| <input type="checkbox"/> Kort i pusten | <input type="checkbox"/> Smerte i venstre arm | |

Har du noen av følgende symptomer nå eller har du hatt nylig?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kvalme | <input type="checkbox"/> Unormal svetting | <input type="checkbox"/> Følt deg ustø |
| <input type="checkbox"/> Problemer med å svelge | <input type="checkbox"/> Problemer med å snakke | <input type="checkbox"/> Uklart syn |
| <input type="checkbox"/> Spying | <input type="checkbox"/> Dobbeltsyn | <input type="checkbox"/> Balanse problemer |
| <input type="checkbox"/> Svimmelhet | <input type="checkbox"/> Nummenhet | <input type="checkbox"/> Hodepiner |

Har du merket følgende?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Feber | <input type="checkbox"/> Hjerne tåke | <input type="checkbox"/> Nylig utmattelse |
| <input type="checkbox"/> Forandring i appetitt | <input type="checkbox"/> Forvirring | <input type="checkbox"/> Sensitivitet til lys |
| <input type="checkbox"/> Hukommelsesforandringer | <input type="checkbox"/> Uforklarlig vektøkning | <input type="checkbox"/> Mer emosjonell |
| <input type="checkbox"/> Uforklarlig vekttap | <input type="checkbox"/> Trykk i hodet | |
| <input type="checkbox"/> Sløvhhet | <input type="checkbox"/> Sensitivitet til lyd | |